



**Processo Administrativo de Concessão de Diárias nº. 307/2023**  
**Proposta de Concessão**

**PROPONENTE**

**NOME:** FRANCISCO CLÁUDIO ADRIANO

**CARGO/FUNÇÃO:** MOTORISTA DA SAÚDE

**CPF:** 556.662.569-04

**LOCAL: SERVIÇO A SER EXECUTADO E PERÍODO DE AFASTAMENTO:** Transporte de paciente à cidade de Londrina à tratamento de saúde.

**Saída:** 20/04/2023 às 06:42hrs

**Chegada:** 20/04/2023 às 20:15hrs

**Em:** 22 de maio de 2023.

\_\_\_\_\_  
FRANCISCO CLÁUDIO ADRIANO  
Proponente

**INFORMAÇÃO**

Existe disponibilidade orçamentária para a concessão da diária, através da dotação orçamentária.

Conta de Despesa/Natureza da despesa: \_\_\_\_\_

**Em:** 22 de maio de 2023.

\_\_\_\_\_  
Marcelo Corinth  
Contador

**CONCESSÃO**

Concedo 01 diárias de R\$82,50 solicitada. Requisite(m)-se e pague(m)-se;

**Em,** 22 de maio de 2023.

\_\_\_\_\_  
Dartagnan Calixto Fraiz  
Prefeito Municipal

**PAGAMENTO/RECEBIMENTO**

Paga a importância de **R\$82,50** (oitenta reais e cinquenta centavos), referente à concessão de diária, através da conta corrente do Poder Executivo para a conta corrente do solicitante com nº. 03279-4, da agência nº.3882;

\_\_\_\_\_  
Nadir Sara Melo Fraga Cunha  
Ordenador de Despesa

**PUBLICAÇÃO**

O presente documento está de acordo com as normas regulamentares pertinentes, ficará à disposição de quem possa interessar (em arquivo próprio do município, tesouraria e/ou contabilidade) e será publicado no Portal de Transparência do Município de Ribeirão do Pinhal, anexado o motivo da viagem.

\_\_\_\_\_  
Adilson Martins Inácio  
Assinatura do Responsável



PREFEITURA DE  
**RIBEIRÃO DO PINHAL**  
ESTADO DO PARANÁ

NUMERO DIÁRIA:

307/2023

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO DO PINHAL - PR  
DIÁRIA DE MOTORISTAS

1. NOME: *Francisco Claudio Adeirano*
  2. CARGO/FUNÇÃO: *Motorista*
  3. CPF: *856 662 569 -04*
- N.º do Empenho da Liberação de Diárias:

DATA/HORA SAÍDA	DATA/HORA CHEGADA	TOTAL HORA	VALOR DIÁRIA	SAÍDA KM	CHEGADA KM	PLACA	DESTINO
<i>20-04 0642</i>	<i>20-04 2015</i>	<i>14</i>	<i>8250</i>	<i>101664</i>	<i>101945</i>	<i>F.D.H. S.B.82</i>	<i>Londrina</i>

RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO

Utilização de Diárias

4. JUSTIFICATIVA

*Levar Pacientes Hospital + Clinicas.*

4. VALOR SOLICITADO:

Número de Diária:

Valor Unitário das Diária:

Valor total das Diária:

Valor a Restituir:

5. LOCOMOÇÃO

Veículo: *Espin*

Frota: *SAÚDE*

Placa: *F.D.H.S.B.82.*


Particular:

6. Canhotos comprovantes das viagens de Ônibus ou Avião, pedágios, gastos com combustíveis, gastos com pousadas, comprovantes de devolução de valor;

(colar em folhas anexadas este relatório);

7. Certificado ou documento que comprove a participação em evento pública ou o serviço prestado, se for o caso;

(colar em folhas anexadas este relatório);

  
Assinatura do Servidor Beneficiário